THESIS

Münster

1968

DIE WUNDHEILUNG BEI NAGELUNG VON FRAKTUREN

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

Salvador Zaragoza-Cebrian

AUS DEM STÄDTISCHEN KRANKENHAUS KAISERSLAUTERN

Chefarzt: Prof. Dr. S. v. NIDA

DIE WUNDHEILUNG BEI NAGELUNG VON FRAKTUREN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Salvador Zaragoza-Cebrian

aus Beniajan/Spanien

München 1968

Druck: A. Schubert, 8 München 5, Corneliusstr. 21, Tel.: 22 17 77

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. S. v. NIDA
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. R. ZENKER
Dekan:	Prof. Dr. F. MARGUTH

Rigorosum beendet: 17.9.1968

Trotz sorgfältiger Versorgung bei der chirurgischen Behandlung von Knochenfrakturen durch Nagelung, trotz exakter Ruhigstellung und prophylaktischer Behandlung mit Antibiotica, Sulfonamiden usw. lassen sich Sekundärheilungen nicht ganz vermeiden (F.BAUMGARTL 2; FICK 6; FISCHER 7; G.HÄBLER, 11; Kt.HERZOG 12; G.SALEM 21,22,23; B.G.WEBER 35). H.AICHNER 1; F. BAUMGARTL 2; I.BODROGIL und G.HANGOS 3; L.BÖHLER 4; G.BÖTTGER und H.DAHLKE 5; H.J.FREICK 8; W.GAERTNER 9; W.HAGE 10; Kt.HERZOG 12; S.KARNBAUM 13; G.KÜNTSCHER 14; G.KÜNTSCHER 15; W.LEMBCKE 16; W.LENTZ 17; H.REMÉ 18; P.RUF 19; F.L.RUEFF und H.PELZL 20; G. SALEM 21,22,23; G.SALEM und H.SCHÜRER 24; R.SCHANTZ und A.WILHELM 25; G.SCHEUBA 26; G.SCHEUBA 27; E.SCHIMA 28; E.SCHIMA und H.SPENGLER 29; R.SCHMID 30; W.SCHUMPELICK 31; P.STAPKOVIC und E.SANDER 32; H.TSCHERNE, P.MAGERL und P.FEISCHL 33; U.J.WASSNER 34; B.G.WEBER 35; J.WEIS 36; E.WEYAND 37 heilten von insgesamt 2810 operativ behandelten Frakturen 2713 (96,54 %) primär und 97 (3,45 %) secundär.

Um einen Überblick über die Wundheilung bei der Nagelung von Knochenbrüchen in der Chirurgischen Klinik des Städt.Krankenhauses Kaiserslautern zu gewinnen, haben wir die einschlägigen Fälle zusammengestellt und einer kritischen Betrachtung unterworfen.

Im Städt.Krankenhaus Kaiserslautern sind in der Zeit vom 1.Januar 1960 bis 31.Dezember 1965 insgesamt 211 Frakturen chirurgisch behandelt worden. Aus Übersichtsgrunden haben wir die Frakturen unterteilt in: Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- und Unterschenkelschaftfrakturen, ferner in Schlüsselbein-, Schenkelhals- und gelenknahe Frakturen. Zu den letzteren werden die Supracondylär-, Olecranon-, Patella-, Tibiakopf- und Knöchelfrakturen gezählt.

Eine weitere Unterteilung betrifft Alters- und Geschlechtsgruppen, die Art der Fraktur (offen oder geschlossen) und der Behandlungsverfahren (Extension, Ruhigstellung, Küntschernagel, Verschraubung, Pinning, Cerclage). Von Interesse war für uns zu erfahren, wie bei den verschiedenen Frakturen und Behandlungsverfahren die Heilung verlief, wobei man berücksichtigen musste, dass der Heilungsverlauf manchmal nur durch ein nicht infiziertes Hämatom oder Serum gestört war, im Gegensatz zu den Sekundärheilungen infolge ausgedehn-

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. S. v. NIDA
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. R. ZENKER
Dekan:	Prof. Dr. F. MARGUTH

Rigorosum beendet: 17.9.1968

Trotz sorgfältiger Versorgung bei der chirurgischen Behandlung von Knochenfrakturen durch Nagelung, trotz exakter Ruhigstellung und prophylaktischer Behandlung mit Antibiotica, Sulfonamiden usw. lassen sich Sekundärheilungen nicht ganz vermeiden (F.BAUMGARTL 2; FICK 6; FISCHER 7; G.HÄBLER, 11; Kt.HERZOG 12; G.SALEM 21,22,23; B.G.WEBER 35). H.AICHNER 1; F. BAUMGARTL 2; I.BODROGIL und G.HANGOS 3; L.BÖHLER 4; G.BÖTTGER und H.DAHLKE 5; H.J.FREICK 8; W.GAERTNER 9; W.HAGE 10; Kt.HERZOG 12; S.KARNBAUM 13; G.KÜNTSCHER 14; G.KÜNTSCHER 15; W.LEMBCKE 16; W.LENTZ 17; H.REMÉ 18; P.RUF 19; F.L.RUEFF und H.PELZL 20; G. SALEM 21,22,23; G.SALEM und H.SCHÜRER 24; R.SCHANTZ und A.WILHELM 25; G.SCHEUBA 26; G.SCHEUBA 27; E.SCHIMA 28; E.SCHIMA und H.SPENGLER 29; R.SCHMID 30; W.SCHUMPELICK 31; P.STAPKOVIC und E.SANDER 32; H.TSCHERNE, P.MAGERL und P.FEISCHL 33; U.J.WASSNER 34; B.G.WEBER 35; J.WEIS 36; E.WEYAND 37 heilten von insgesamt 2810 operativ behandelten Frakturen 2713 (96,54 %) primär und 97 (3,45 %) secundär.

Um einen Überblick über die Wundheilung bei der Nagelung von Knochenbrüchen in der Chirurgischen Klinik des Städt.Krankenhauses Kaiserslautern zu gewinnen, haben wir die einschlägigen Fälle zusammengestellt und einer kritischen Betrachtung unterworfen.

Im Städt.Krankenhaus Kaiserslautern sind in der Zeit vom 1.Januar 1960 bis 31.Dezember 1965 insgesamt 211 Frakturen chirurgisch behandelt worden. Aus Übersichtsgrunden haben wir die Frakturen unterteilt in: Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- und Unterschenkelschaftfrakturen, ferner in Schlüsselbein-, Schenkelhals- und gelenknahe Frakturen. Zu den letzteren werden die Supracondylär-, Olecranon-, Patella-, Tibiakopf- und Knöchelfrakturen gezählt.

Eine weitere Unterteilung betrifft Alters- und Geschlechtsgruppen, die Art der Fraktur (offen oder geschlossen) und der Behandlungsverfahren (Extension, Ruhigstellung, Küntschernagel, Verschraubung, Pinning, Cerclage). Von Interesse war für uns zu erfahren, wie bei den verschiedenen Frakturen und Behandlungsverfahren die Heilung verlief, wobei man berücksichtigen musste, dass der Heilungsverlauf manchmal nur durch ein nicht infiziertes Hämatom oder Serum gestört war, im Gegensatz zu den Sekundärheilungen infolge ausgedehn-

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/diewundheilungbe0000salv

K A S U I S T I K

1. OBERARMSCHAFTFRAKTUREN

Es handelte sich um 8 Männer (2 mit offener Fraktur) und 2 Frauen (Tabelle 1)

TABELLE 1

	Männer	Heilung Pr.Sec.	Frauen	Heilung Pr.Sec.
0- 10	1	1	1	1
11- 20				
21- 30	3	3	1	1
31- 40	1	1		
41- 50	1	1		
51- 60				
61- 70	2	2		
71- 80				
81- 90				
91-100				

In diesen Fällen, in denen sich auf konservativem Wege keine befriedigende Frakturstellung erreichen liess, gingen wir auf operativem Wege vor (durchschnittlich 5-16 Tage nach dem Unfall) die Fraktur an und versorgten sie durch einen Küntschernagel oder Rush pin. Es bedarf dabei keiner besonderen Erwähnung, dass bei allen chirurgischen Eingriffen die allgemeingültigen Regeln der Asepsis auf das sorgfältigste beachtet wurden. Bei ungenügender Osteosynthese erhielten die Patienten sofort einen Schienen- oder Gipsverband. Ansonsten wurden parenteral Antibiotica verabreicht. Alle Fälle heilten primär, gleich ob die Fraktur offen war oder ob der Frakturspalt zur besseren Reposition freigelegt werden musste oder nicht.

2. UNTERARMFRAKTUREN

Bei 9 Patienten und 2 Patientinnen von 16 lag eine Fraktur des Radius, bei den übrigen eine Fraktur beider Unterarmknochen vor. 4 Patienten dieser Gruppe hatten einen offenen Bruch. Die Tabelle 2 gibt einen Überblick.

TABELLE 2

Alter	Männer	Heilung Pr.	Heilung Sec.	Frauen	Heilung Pr.	Heilung Sec.
0- 10						
11- 20	3	3				
21- 30	2	2				
31- 40	3	1	2	1		1
41- 50	1	1				
51- 60	2	2				
61- 70	2	2		1	1	
71- 80						
81- 90				1	1	
91-100						

Die Osteosynthese wurde durchschnittlich zwischen dem 1.-5. Tag durchgeführt. Eine Patientin mit offener, doppelter Fraktur (Radius und Ulna) wurde sofort nach der Wundversorgung genagelt. Es wurden 13 Frakturen mit einem Küntschernagel und 3 Frakturen mit einem Rush pin versorgt.

Die Heilung verlief für 2 Patienten mit offener Fraktur und für eine Patientin sekundär. Die übrigen Fälle heilten per primam.

3. OBERSCHENKELSCHAFTFRAKTUREN

Es entfielen 44, von den 5 kompliziert waren, auf die Männer und 14, darunter zwei komplizierte, auf die Frauen (siehe Tabelle 3).

Alter	Männer	Heilung Pr.	Heilung Sec.	Frauen	Heilung Pr.	Heilung Sec.
0- 10	2	2		1	1	
11- 20	7	6	1	3	3	
21- 30	22	20	2	1	1	
31- 40	3	3		3	3	
41- 50	3	3				
51- 60	4	1	3	2	2	
61- 70	2	2		1		1
71- 80				3	3	
81- 90	1	1				
91-100						

Die Erstbehandlung dieser Frakturen erfolgte durch Ruhigstellung auf einer Braun'schen Schiene mit einer Drahtextension im Tibiakopf, bei den komplizierten Frakturen wurde zusätzlich eine sorgfältige Wundversorgung durchgeführt und ein Gipsverband angelegt.

Die Osteosynthese mittels eines Küntschernagels wurde durchschnittlich zwischen dem 5. und 13. Tag vorgenommen. In 6 Fällen mit Splitterbrüchen wurde zusätzlich eine Drahtcerclage durchgeführt.

9 Fälle (6 Männer und 3 Frauen) wurden durch geschlossene, die übrigen durch offene Nagelung versorgt. Nach der Operation wurde das entsprechende Bein auf einer Braun'schen Schiene ruhiggestellt.
Es ergaben sich 51 primäre Heilungen und 7 sekundäre, von denen 6 auf die Männer und 1 auf die Frauen entfielen.

Zu erwähnen ist noch, dass bei dieser einen Patientin ein Diabetes mellitus bestand, und dass bei 3 der männlichen Patienten mit sekundärer Heilung die Fraktur offen war.

4. UNTERSCHENKELSCHAFTFRAKTUREN

Von 25 Frakturen entfielen 22 auf Männer (in 5 Fällen Tibia- und Fibulafraktur) und 3 auf die Frauen.

Ausserdem war bei 6 Patienten und 2 Patientinnen die Fraktur kompliziert (siehe Tabelle 4).

TABELLE 4

Alter	Männer	Heilung Pr.	Heilung Sec.	Frauen	Heilung Pr.	Heilung Sec.
0- 10						
11- 20	4	4				
21- 30	6	5	1	1	1	
31- 40	4	4				
41- 50	3	2	1	1	1	
51- 60	3	3		1	1	
61- 70						
71- 80						
81- 90	2	2				
91-100						

Die operative Versorgung mittels eines Küntschernagels wurde durchschnittlich nach 5-12 Tagen vorgenommen. Bei 2 Patienten mit Pseudoarthrosenbildung erfolgte die Nagelung erst in der 13. Woche.
Die Heilung dieser Frakturen verlief primär, ausser 2 offenen Frakturen, welche secundär heilten.

5. SCHLÜSSELBEINFRAKTUREN

Es handelt sich um 7 Patienten: 6 Männer und 1 Frau (siehe Tabelle 5).

TABELLE 5

Alter	Männer	Heilung Pr.Sec.	Frauen	Heilung Pr.Sec.
0- 10				
11- 20				
21- 30	4	4		
31- 40	1	1		
41- 50			1	1
51- 60				
61- 70				
71- 80				
81- 90	1	1		
91-100				

Im allgemeinen werden diese Frakturen vorläufig konservativ behandelt, nur wenn eine starke Dislokation besteht, führen wir zusätzlich am 6.-8.Tag in Allgemeinnarkose die operative Freilegung der Fraktur durch und versorgen sie nach Reposition mit einem Rush pin.

6. SCHENKELHALSFRAKTUREN

Von 88 Frakturen entfielen 29 auf Männer und [illegible] auf Frauen (siehe Tabelle 6)

TABELLE 6

Alter	Männer	Heilung Pr.	Heilung Sec.	Frauen	Heilung Pr.	Heilung Sec.
0- 10						
11- 20						
21- 30	2	2				
31- 40	3	3				
41- 50	1	1		1	1	
51- 60	3	3		6	6	
61- 70	3	3		19	17	2
71- 80	13	12	1	18	18	
81- 90	3	3		12	11	1
91-100	1	1		3	3	

Die Osteosynthese wurde durchschnittlich nach 1-6 Tagen mittels 3-Lamellen- oder Laschennagels vorgenommen. In dieser Gruppe hatten 7 Patientinnen und 2 Patienten Diabetes mellitus; bei 1 Patientin lag eine Spontanfraktur durch ein metastasierendes Uterus-Carcinom vor. Die Wundheilung verlief bei den Männern in 28 Fällen primär, einmal (Diabetes mellitus) sekundär, bei den Frauen in 56 Fällen primär und dreimal sekundär (bei diesen 3 Patientinnen bestand ebenfalls Diabetes mellitus).

7. GELENKNAHE FRAKTUREN

Es handelt sich um eine Olecranonfraktur, 3 Patellafrakturen, eine Tibiakopffraktur und zwei Sprunggelenksfrakturen (siehe Tabelle 7)

TABELLE 7

	Alter	Männer	Heilung Pr.Sec.	Frauen	Heilung Pr.Sec.
Olecranon	31-40	1	1		
Patella	61-70	1	1	2	2
Tibiakopf	61-70	1	1		
Sprunggelenk	31-40	1	1		
Sprunggelenk	51-60			1	1

5-11 Tage nach dem Unfall wurden diese Frakturen wie folgt behandelt:
Die Olecranonfrakturen mit Rush pin, die Patellafrakturen mit Cerclage, die Tibiakopf- und Sprunggelenksfrakturen mit Schraube.
Alle Fälle heilten primär.

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend unterzogen sich in den Behandlungsjahren 1960-1965 an unserer Klinik 211 Patienten einer operativen Frakturbehandlung. Es handelt sich um 126 Männer (59,71 %) und 85 Frauen (40,28 %). 190 Frakturen waren geschlossen (90,04 %) und 21 kompliziert (9,95 %). Insgesamt heilten von den 211 Knochenbrüchen 195 (92,41 %) primär und 16 (7,58 %) secundär. Die Tabelle 8 gibt einen Überblick über das Alter, Art der Fraktur und Heilung der Fraktur.

Unterteilt man die Frakturen in die Geschlechtsgruppen, so ergibt sich bei den Männern in 115 Fällen (91,26 %) eine primäre und in 11 Fällen (8,73 %) eine secundäre Heilung; bei den Frauen in 80 Fällen (94,11 %) eine primäre und in 5 Fällen (5,28 %) eine secundäre Heilung. Es findet sich also bei den Männern ein leicht (um 3,45 %) erhöhter Prozentsatz von Secundärheilungen, was vor allem darin begründet ist, dass bei den Männern offene, verschmutzte Frakturen und solche mit starken Gewebsquetschungen öfter vorkamen. Eine deutliche Altersabhängigkeit der Häufigkeit von sekundären Heilungen besteht nicht.

Unterteilt man die Frakturen in geschlossene und offene, so ergibt sich bei den geschlossenen Frakturen in 181 Fällen (95,26 %) eine primäre und in 9 Fällen (4,73 %) eine secundäre Heilung, bei den offenen Frakturen in 14 Fällen (66,66 %) eine primäre und in 7 Fällen (33,33 %) eine secundäre Heilung.

Die Zahl der Secundärheilungen ist also bei den offenen Frakturen erheblich höher (um 28,60 %) (siehe Tabelle 9).

TABELLE 9

	Zahl	Heilung	
		Pr.	Sec.
Geschlossene Frakturen	190	181	9
Offene Frakturen	21	14	7

TABELLE 8

Alter	O.Arm-Fr.	U.Arm-Fr.	O.Sch.-Fr.	U.Sch.-Fr.	Clav. Fr.	Sch.-Hals Fr.	Gelenknahe Frakturen	Heilung Pr.	Heilung Sec.
0- 10	1		3					4	
11- 20	1	3	10	4				17	1
21- 30	4	2	23	7	4	2		39	3
31- 40	1	4	6	4	1	3	2	18	3
41- 50	1	1	3	4	1	2		11	1
51- 60		2	6	4		9	1	19	3
61- 70	2	3	3			22	4	31	3
71- 80			3			31		33	1
81- 90		1	1	2	1	15		19	1
91-100						4		4	

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

(1) AICHNER, H. Behandlungsergebnisse nach der gedeckten Markdrahtung frischer unstabiler Vorderarmbrüche, Mschrift Unf.Heilkunde 68, 45 (1965)

(2) BAUMGARTL, F. Unsere Technik der geschlossenen Unterschenkelnagelung (Erfahrungen bei 151 Operationen mit komplikationslosem Teilverlauf) Der Chirurg 35, 508 (1964)

(3) BODROGIL, I. und G.HANGOS Zur operativen Behandlung der Claviculafrakturen, Zbl.für Chirurgie 86, 856 (1961)

(4) BÖHLER, L. Unterschenkelschaftbrüche Lang.Arch.klin.Chir.276, 192 (1953)

(5) BÖTTGER, G. und H.DAHLKE Zur operativen Behandlung der per- und subtrochanteren Oberschenkelfrakturen mit der nichtsperrenden Laschenschraube nach Pohl, Der Chirurg 34, 514 (1963)

(6) FICK, K.F. Ergebnisse von 921 mittels Marknagelung nach Küntscher versorgten Unterschenkelbrüchen Lang.Arch.klin.Chir.287, 713 (1957)

(7) FISCHER, S. Die Marknagelung, Der Chirurg 36, 558 (1965)

(8) FREICK, H.J. Erfolge mit dem Laschengleitnagel nach Pugh bei Frakturen am proximalen Femurende, Der Chirurg 38, 178 (1967)

(9) GAERTNER, W. Ergebnisse operativer konservativer Schlüsselbeinbruchbehandlung, Zbl.f.Chirurgie 80, 348 (1955)

(10) HAGE, W. Marknagelung der Brüche am proximalen Ende des Oberarmes, Der Chirurg 25, 277 (1954)

(11) HÄBLER, C. Antibiotica und Indication zur operativen Frakturbehandlung, Lang.Arch.klin.Chir.273, 776 (1953)

(12) HERZOG, Kt. Nagelung der Tibiaschaftbrüche mit einem starren Nagel,
Lang. Arch. klin. Chir. 276, 227 (1953)

(13) KARNBAUM, S. Zur Behandlung der pertrochanteren Oberschenkelfrakturen,
Der Chirurg 26, 312 (1955)

(14) KÜNTSCHER, G. Die Behandlung der total verdorbenen Fraktur,
Der Chirurg 36, 25 (1965)

(15) KÜNTSCHER, G. Über die Marknagelung der Tibiaschaftbrüche,
Lang. Arch. klin. Chir. 276, 217 (1953)

(16) LEMBCKE, W. Tibikopffrakturen,
Lang. Arch. klin. Chir. 276, 256 (1953)

(17) LENTZ, W. Ergebnisse der Behandlung von schweren Tibiakopfbrüchen mit den Spongiosafäden,
Der Chirurg 27, 252 (1956)

(18) REMÉ, H. Bericht über 115 mit dem Rundnagel nach Lezius versorgte pertrochantere Frakturen,
Lang. Arch. klin. Chir. 287, 709 (1957)

(19) RUF, P. Beitrag zur Behandlung der Schienbeinkopfbrüche,
Mschrift Unf. Heilkunde 69, 74 (1966)

(20) RUEFF, F.L. und H. PELZL
Zur Behandlung der Oberschenkelschaftbrüche,
Der Chirurg 38, 17 (1967)

(21) SALEM, G. Zur Frage der stabilen Osteosynthese bei Oberschenkeltrümmerbrüchen,
Der Chirurg 32, 78 (1961)

(22) SALEM, G. Erfahrung bei 798 Schenkelhalsfrakturen,
Lang. Arch. klin. Chir. 268, 602 (1951)

(23) SALEM, G. 10 Jahre Küntscher-Marknagelung,
Lang. Arch. klin. Chir. 271, 313 (1952)

(24) SALEM, G. und H. SCHÜRER
Ergebnisse und Erfahrungen bei 302 Küntscher-Marknagelungen frakturierter Oberschenkel,
Lang. Arch. klin. Chir. 299, 549 (1962)

(25) SCHANTZ, R. und A.WILHELM
Zur Osteosynthese der Claviculafraktur,
Der Chirurg 34, 154 (1963)

(26) SCHEUBA, G. Die operative Behandlung der pertrochanteren Oberschenkelfrakturen nach Palacos,
Mschrift Unf.Heilkunde 69, 361 (1966)

(27) SCHEUBA, G. Osteosynthese subtrochanterer Oberschenkelfrakturen,
Mschrift Unf.Heilkunde 69, 563 (1966)

(28) SCHIMA, E. Über eine seltene pertrochantere Bruchform und ihre Behandlung,
Mschrift Unf.Heilkunde 69, 368 (1966)

(29) SCHIMA, E. und H.SPENGLER
Erfahrungen mit der Nagelung nach Rush bei Gelenkbrüchen,
Lang.Arch.klin.Chir.313, 537 (1965)

(30) SCHMID, R. Beitrag zur atypischen Verwendung vom Küntscher-Nagel bei kniegelenknahen offenen Oberschenkeltrümmerbrüchen,
Der Chirurg 29, 470 (1958)

(31) SCHUMPELICK, W.
Die stabilere Osteosynthese der medialen Schenkelhalsfrakturen mit der verbundenen Doppelschraube,
Der Chirurg 26, 131 (1955)

(32) STAPKOVIC, P. und E.SANDER
Über die primäre Marknagelung komplizierter Frakturen an den unteren Extremitäten,
Der Chirurg 38, 454 (1967)

(33) TSCHERNE, H., F.MAGERL und P.FEISCHL
Die Marknagelung frischer offener und geschlossener Unterschenkelfrakturen
Lang.Arch.klin.Chir.317, 209 (1967)

(34) WASSNER, U.J. Zur operativen Versorgung der medialen Schenkelhalsfraktur,
Der Chirurg 26, 83 (1955)

(35) WEBER, B.G. Indikationen zur operativen Frakturbehandlung bei Kindern,
Der Chirurg 38, 441 (1967)

(36) WEIS, J. Heilergebnisse genagelter pertrochanterer Frakturen (Zweischenkelnagel) Der Chirurg 22, 445 (1951)

(37) WEYAND, E. Beitrag zur Behandlung der Schenkelhalsfraktur Zbl.f.Chirurgie 33, 1396 (1952)

L E B E N S L A U F

Ich bin geboren am 12.7.1931 in Beniajan Krs.Murcia/Spanien.

Ich besuchte die Volksschule und das Gymnasium in Murcia. Anschliessend medizinisches Studium vom Oktober 1949 - Juni 1956 an der Universität Madrid. Vom Oktober 1956 bis Dezember 1960 war ich im Hospital Provincial in Madrid auf der Chir. Abteilung tätig, danach von Januar 1961 - Februar 1962 im Sanatorium Schömberg in Schömberg Krs.Calw (Lungen-Tbc).
Vom März 1962 bis Januar 1963 arbeitete ich im Krankenhaus Rohrbach in Heidelberg-Rohrbach auf der Spezialthoraxklinik.
Vom Februar 1963 bis Dezember 1964 war ich im Städt. Krankenhaus Offenbach/Main auf der Chir. Abteilung und seit Januar 1965 bin ich im Städt. Krankenhaus Kaiserslautern auf der Chirurgischen Klinik beschäftigt.

Ich bin verheiratet und habe eine Tochter.
1965 erlangte ich in Deutschland die Facharztanerkennung für Chirurgie und 1967 die spanische Facharztanerkennung für Anaesthesie.